



Zorginkoopbeleid 2020

Geneeskundige Zorg voor
Specifieke Patiëntgroepen (GZSP)

OHRA Direct
geregeld

N nationale
nederlanden

Inhoudsopgave

	Voorwoord	3
1	Managementsamenvatting	4
1.1	Kern van het zorginkoopbeleid 2020	4
1.2	Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2020	4
1.3	Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst	4
2	Visie van CZ groep op eerstelijnszorg SO en AVG	5
2.1	Algemeen	5
2.2	Wat is SO-zorg en AVG-zorg?	5
2.3	Visie op SO-zorg en AVG-zorg	7
3	Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria	9
3.1	Financieel	9
3.2	Ruimte voor innovatief aanbod	9
3.3	Toegankelijkheid	9
4	Proces contractering 2020	11
4.1	Eisen	11
4.2	Proces	12
4.3	Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	12
4.4	Bereikbaarheid	12
4.5	Controle van declaraties	13

Voorbehoud

Dit document en alle bijbehorende bijlagen zijn met zorg samengesteld en met inachtneming van de vigerende wet- en regelgeving. Wijzigingen in wet- of regelgeving kunnen tot gevolg hebben dat de inhoud van dit document moet worden aangepast. Als er onverhoopt een andere reden voor aanpassing zou zijn, geven wij dit duidelijk en met redenen omkleed aan. Deze aanpassingen zullen zo spoedig mogelijk gepubliceerd worden. CZ groep denkt mee over de toekomst van de zorg. Dat doen we door in onze zorginkoop aan te sluiten bij de regionale zorgbehoeften. Met inwoners, zorgverleners en andere betrokken partijen werken we samen aan betere en betaalbare zorg in de regio. In een aantal regio's experimenteren we met nieuwe organisatievormen om dat zo effectief mogelijk te doen. Zie hiervoor www.cz.nl/zorgaanbieder/regieinderegio. In deze experimenteerregio's worden afspraken gemaakt, die kunnen afwijken van de afspraken voor de reguliere zorginkoop.

Voorwoord

De rode draad door ons zorginkoopbeleid 2020 is ‘verantwoord en dichtbij’. In onze Zorgvisie 2020-2030 zien wij een toekomstbestendige zorg, waarbij we de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid voor onze verzekerden kunnen garanderen. Daarbij willen we hen ondersteunen bij het maken van persoonlijke keuzes in hun zorgvraag. Hoe geven wij invulling aan ‘verantwoord en dichtbij’? Deze kernbegrippen geven voor ons richting aan de contractering met u als zorgaanbieder. De twee begrippen moeten ook in onderlinge samenhang gezien worden, en hebben een feitelijke en een overdrachtelijke betekenis.

‘Verantwoord’ betekent dat CZ groep zorg wil contracteren die betaalbaar is en die aansluit bij onze kwaliteitsvisie. We hanteren daarbij passende, ambitieuze normen. ‘Dichtbij’ is het uitgangspunt van de zorgverlening: thuis of dicht bij huis als dat kan en verder weg als dat beter is voor de kwaliteit. Met ‘dichtbij’ bedoelen we daarnaast: dicht bij de wensen en keuzes van verzekerden wat betreft hun behandeling. Bijvoorbeeld via gezamenlijke besluitvormingstrajecten en de inzet van nieuwe (distributie)vormen van diagnostiek en digitale ondersteuning. Zo maken we behandelingen minder belastend én persoonsgerichter.

Binnen het zorginkoopbeleid voor GZSP is ‘verantwoord en dichtbij’ zichtbaar op diverse plekken. Zo zien wij kansen om het aantal acute opnames te verminderen door de kennis van de Specialist Ouderengeneeskunde buiten de muren in te zetten. Daarnaast is deze zorg bij uitstek geschikt om op een ‘blended’ manier vorm te geven, ondersteund door slimme e-health toepassingen en beeldzorg. Hierdoor is het mogelijk om ondanks het tekort aan behandelaren deze zorg verantwoord en ‘dichtbij’ beschikbaar te maken. Want dichtbij hoeft niet altijd fysiek dichtbij te betekenen. Maar nu eerst gaan we er alles aan doen om deze zorg een zachte landing en goede start te geven in de Zorgverzekeringswet.

Met ons zorginkoopbeleid 2020 geven we invulling aan ‘zorg die verder gaat’. Door te innoveren, samen te werken en te blijven werken aan structurele vooruitgang, verbeteren we de zorg continu. Wij dagen u uit om samen met ons de zorg in Nederland nóg beter te maken.

Liselore Kindt
Manager a.i. V&V-Zvw

Managementsamenvatting

1.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2020

De zorginkoop van gespecialiseerde zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp), voorheen gecontracteerd onder de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling in de Wet langdurige zorg (Wlz) wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). In 2020 betreft het de prestaties 'Behandeling Specialist Ouderengeneeskunde' (vroeger S335), 'Behandeling Arts Verstandelijk Gehandicapten' (vroeger S336), en 'Reiskosten' (vroeger S321). Dit document schetst het beleid dat CZ groep volgt voor het inkopen van deze zorg voor haar verzekerden.

De gzsp is een verzameling van zorgvormen voor kwetsbare mensen die (nog) thuis wonen met (hoog)complexe problematiek. Dit betreft generalistische geneeskundige zorg gericht op kwetsbare patiënten, zoals ouderen met een complexe zorgvraag en verstandelijk beperkten. Daarnaast omvat de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling ook zorg die niet meer op genezing is gericht, maar op het omgaan met de problemen en beperkingen die uit de aandoening voortvloeien.

CZ ziet kansen op het gebied van het beter beschikbaar maken van de expertise van de specialist ouderengeneeskunde (SO) en de arts verstandelijk gehandicapten (AVG) ter ondersteuning van de huisarts. Nu kwetsbare mensen langer thuis blijven wonen zien we dat de huisartsen geconfronteerd worden met complexere vraagstukken. We zien dat deze complexe vragen regelmatig resulteren in een crisisopname of ziekenhuisopname, als de huisarts zelf geen goede diagnose kan stellen of niet beschikt over de juiste kennis en kunde. Door de expertise van de SO en de AVG beter en eerder beschikbaar te maken wil CZ bereiken dat de zorg voor deze groep mensen verder verbetert en het aantal acute opnames van kwetsbare personen afneemt.

Om dit te bereiken is het belangrijk dat er goede samenwerkingsafspraken zijn tussen de SO's en de AVG's met de huisarts. Zowel fysiek als digitaal. Deze samenwerkingsafspraken kunnen per regio en expertisegebied verschillen. CZ zal 2020 gebruiken om een 'zachte landing' te creëren en de regionale verschillen in kaart te brengen. Vervolgens zullen wij de volgende jaren gebruiken om onze visie in de praktijk te brengen.

1.2 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2020

Omdat deze aanspraak nieuw is in de Zvw kunnen we niet spreken van wijzigingen. CZ zal zich in eerste instantie inzetten voor een zachte landing van deze zorg in de Zvw. Hiermee bedoelen we dat de zorg voor bestaande patiënten en initiatieven is gewaarborgd en dat de overheveling met zo min mogelijk overlast gepaard gaat. Als deze zachte landing is voltooid, dan zullen wij ons gaan richten op het ontwikkelen van deze zorgvorm conform onze visie. Dit betekent ook dat wij in 2020 terughoudend zijn met ruimte voor innovatief zorgaanbod en de contractering van nieuwe zorgaanbieders.

1.3 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst

De belangrijkste wijziging ten opzichte van het inkoopbeleid dat de zorgkantoren hanteerden voor het inkopen van deze zorg is dat CZ alleen rechtspersonen wil contracteren. Voor zorgaanbieders die nog niet aan deze eis voldoen geldt een overgangstermijn van 6 maanden, zij kunnen in aanmerking komen voor een overeenkomst met de voorwaarde dat zij voor 1 juli 2020 een rechtsvorm met rechtspersoonlijkheid hebben.

Visie van CZ groep op eerstelijnszorg SO en AVG

2.1 Algemeen

De extramurale behandeling voor patiënten die niet op zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) zijn aangewezen, is geregeld in de 'Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling'. Bij de vormgeving van de Wlz per 1 januari 2015 is het voornemen uitgesproken om deze zorg onder te brengen in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze zorg wordt door het ministerie van VWS 'geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen (gszp)' genoemd.

Het is niet mogelijk gebleken om per 2020 de volledige zorg die onder de subsidieregeling extramurale behandeling valt over te hevelen. Een gedeelte van deze zorg, specifiek zorg die geleverd wordt door de Specialist Oudergeneeskunde (SO) en de Arts Verstandelijk Gehandicapten, wordt wel per 2020 overgeheveld naar de Zvw. Dit document gaat in op de visie van CZ rondom deze zorg en de verschillende inkoopvormen die wij aan (de inkoop van) deze zorg stellen.

Wij zijn ons bewust van de korte termijn waarop de overheveling plaatsvindt. Wij zullen ons daarom in eerste instantie vooral richten op een 'zachte landing' van deze zorg in de Zvw. Hiermee bedoelen we dat de zorg voor bestaande patiënten/initiatieven is gewaarborgd en dat dit met zo min mogelijk overlast gepaard gaat. Als deze zachte landing is voltooid, dan zal CZ zich gaan richten op het ontwikkelen van deze zorgvorm conform onze visie.

2.2 Wat is SO-zorg en AVG-zorg?

De gszp is een verzameling van zorgvormen voor kwetsbare mensen die (nog) thuis wonen met (hoog) complexe problematiek. Binnen de gszp wordt de zorg zoals de SO en de AVG leveren geïntroduceerd in de Zvw. Dit betreft generalistische geneeskundige zorg gericht op kwetsbare patiënten, zoals ouderen met een complexe zorgvraag en verstandelijk beperkten.

Daarnaast omvat de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling ook zorg die niet meer op genezing is gericht, maar op het omgaan met de problemen en beperkingen die uit de aandoening voortvloeien. Dit betreft vooral patiënten met chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen of niet-aangeboren hersenletsel. De problemen en beperkingen manifesteren zich op alle levensdomeinen. De problemen en beperkingen limiteren de betrokkene (in toenemende mate) in zijn zelfredzaamheid en vermogen tot eigen regie. De zorgvraag kan in de verschillende fases van de aandoening variëren. De zorgvraag is veelzijdig en kan liggen op het somatische, het psychische en/of op het gedragsmatige gebied; de zorg is dan ook interdisciplinair door de tijd heen. Er kunnen ook periodes zijn waarin de zorg monodisciplinair is. Voor een patiënt met complexe problematiek of meerdere aandoeningen is het van belang dat het zorgaanbod van verschillende beroepsbeoefenaren op elkaar is afgestemd en in samenhang wordt geleverd. Dit vraagt om het regisseren van de inter- en multidisciplinaire behandeling door een regiebehandelaar.

Om welke zorg gaat het?

CZ is van mening dat een huisarts direct de specifieke expertise in moet kunnen schakelen van de SO of de AVG bij complexe zorgvragen en in crisissituaties thuis, en via hem of haar het multidisciplinaire team waarvan deze SO of AVG deel uitmaakt. De SO of AVG bepaalt samen met de huisarts de inzet van andere zorgverleners die nodig zijn voor diagnostiek, advies of interventie. Dit kan fysiek, of in voorkomende gevallen digitaal. De inzet van zulke specialisten ontlast huisartsen, kan onnodige ziekenhuisopnames voorkomen en laat patiënt, mantelzorger en zorgverleners beter anticiperen op acute situaties. Bij de zorg zal de specialistische arts vaak samenwerken met bijvoorbeeld een gedragswetenschapper of een psycholoog, om een diagnose te kunnen stellen, maar ook voor behandelingsadviezen en interventie. Dit doet niets af aan het generalistische karakter van deze zorg.

Huisartsen kunnen een SO of AVG bij de behandeling van een (kwetsbare) persoon betrekken, zoals nu ook het geval is onder de subsidieregeling. Door het beschikbaar stellen van deze ondersteuning aan huisartsen wordt bijgedragen aan het langer thuis wonen van patiënten. De zorg van de SO of de AVG kan bestaan uit:

- gericht overleg met de behandelend arts;
- consultatie gericht ter ondersteuning van de behandelend arts;
- diagnostiek na verwijzing met een multidisciplinair assessment; of
- uitvoering en regie op het behandelplan na diagnostiek.

De huisarts kan besluiten het regiebehandelaarschap van een patiënt over te dragen aan de SO of de AVG. Dit gebeurt altijd in gezamenlijk overleg. Toegang tot de gzsp verloopt via de huisarts, veelal op advies van andere behandelaars (bijvoorbeeld klinisch geriater, revalidatiearts, neuroloog).

Wat wordt er geleverd?

De zorg die de SO en de AVG leveren en de patiëntengroep die zij ieder bedienen zijn heel verschillend. CZ heeft er daarom voor gekozen om het aanbod voor beide groepen apart weer te geven.

Zorg door een specialist ouderengeneeskunde

De SO kent een palet aan diensten die hij aanbiedt. Hieronder noemen we de belangrijkste.

- **Intercollegiaal overleg:**
Dit betreft advies aan de huisarts, op verzoek van de huisarts, betreffende een specifieke patiënt, zonder dat de patiënt hiervoor wordt doorverwezen en zonder de patiënt hiervoor wordt gezien.
- **Diagnostisch specialistisch ouderengeneeskundig consult:**
Dit betreft (hetero)anamnese, onderzoek zoals een SO pleegt te bieden, inclusief diagnostiek van de patiënt, op verzoek van een huisarts leidend tot een advies aan de huisarts.
- **Geriatrisch assessment:**
Uitgebreid onderzoek naar somatische, psychische, functionele (adl), sociale en communicatieve zorgvragen bij de patiënt die leiden tot een neerwaartse spiraal van functieverlies en toegenomen afhankelijkheid. Aansluitend aan het onderzoek volgt een multidisciplinair behandelplan met behandeldoelen, die in samenspraak met de patiënt (en zijn of haar zorgsysteem) zijn opgesteld. De behandeling die hierop volgt valt niet onder de aanspraak gzsp.

- **Ondersteuning bij het vraagstuk polyfarmacie:**
Medicatie anamnese (farmacotherapeutische anamnese) en onderzoek (farmacotherapeutische analyse), inclusief een overleg met de apotheker en voorschrijvers waaronder de huisarts en medisch specialisten. Aansluitend volgt, voor zover noodzakelijk, een STOP-, START- en veranderadvies in de medicatie aan de voorschrijvers (farmacotherapeutisch behandelplan). Afspraken over het monitoren en volgen van de voorgestelde interventies door de huisarts of door de SO worden, samen met de patiënt, vastgesteld.
- **(Mede)behandeling specialist ouderengeneeskunde:**
In overleg met en op verzoek van de huisarts neemt de SO de integrale zorg (deels) over voor af te spreken zorg- en behandeldoelen. Deze afspraken maken onderdeel uit van het zorgbehandelplan met zorginterventies, inclusief consulten en visites, multidisciplinair overleg en herijking van het zorgplan. De inzet van de SO is gebaseerd op zorginhoudelijke overwegingen, en beweegt mee met de gevraagde ondersteuning van de huisarts en de medische noodzaak voor inzet van de SO op basis van zijn/haar deskundigheid.

Voor de SO hanteren we momenteel in de contractering geen onderscheid naar reguliere voorzieningen en boven-regionale (gespecialiseerd) voorzieningen. Dat sluit overigens niet uit dat deze verschillen er in de praktijk wel zijn. Hierin hebben wij momenteel onvoldoende inzicht. Wel streven wij ernaar dat de voorzieningen waar mogelijk ook digitaal beschikbaar komen.

Zorg door een arts verstandelijk gehandicapten

Mensen met een verstandelijke beperking hebben dezelfde gezondheidsproblemen als mensen zonder verstandelijke beperking, maar mensen met een verstandelijke beperking presenteren hun klachten vaak niet, of op een voor zorgverleners niet of moeilijk herkenbare wijze. Ook kunnen zich gezondheidsproblemen manifesteren die bij mensen zonder verstandelijke beperking weinig, pas op latere leeftijd of in clusters van comorbiditeit voorkomen. Dit maakt de zorgbehoefte van mensen met een verstandelijke beperking anders en de zorg die zij nodig hebben specifiek.

De AVG kan aanvullende zorg bieden op de gebruikelijke zorg die de huisarts pleegt te bieden door:

- **Intercollegiaal overleg:**
Dit betreft advies aan de huisarts, op verzoek van de huisarts, betreffende een specifieke patiënt, zonder dat de patiënt hiervoor wordt doorverwezen en zonder de patiënt hiervoor wordt gezien.

- **Diagnostisch AVG consult:**
Dit betreft (hetero)anamnese, onderzoek zoals een AVG pleegt te bieden, inclusief diagnostiek van (contact met) de patiënt, op verzoek van een huisarts leidend tot een advies aan de huisarts. Voor deze consultatie en advies kan een AVG ondersteunende disciplines inroepen.
- **(Mede)behandeling arts verstandelijk gehandicapten:**
In overleg met en op verzoek van de huisarts neemt de AVG de integrale zorg (deels) over voor af te spreken zorg- en behandeldoelen. Deze afspraken maken onderdeel uit van het zorgbehandelplan met zorginterventies, inclusief consulten en visites, multidisciplinair overleg en herijking van het zorgplan. De inzet van de AVG is gebaseerd op zorginhoudelijke overwegingen, en beweegt mee met de gevraagde ondersteuning van de huisarts en de medische noodzaak voor inzet van de AVG op basis van zijn/haar deskundigheid.

In Nederland werken AVG's, behalve in instellingen voor verstandelijk gehandicapten, in poliklinieken. Er zijn in Nederland verschillende poliklinieken voor verstandelijk gehandicapten.

Voor de AVG hanteren we in de contractering geen onderscheid naar reguliere voorzieningen en bovenregionale (gespecialiseerd) voorzieningen. Dat sluit overigens niet uit dat deze verschillen er in de praktijk wel zijn. Hierin hebben wij momenteel onvoldoende inzicht. Wel streven wij ernaar om dat de voorzieningen waar mogelijk ook digitaal beschikbaar komen.

2.3 Visie op SO-zorg en AVG-zorg

CZ ziet kansen op het gebied van het beter beschikbaar maken van de expertise van de SO en de AVG ter ondersteuning van de huisarts. Nu kwetsbare mensen langer thuis blijven wonen zien we dat de huisartsen geconfronteerd worden met complexere vraagstukken. We zien dat deze complexe vragen regelmatig resulteren in een crisisopname of ziekenhuisopname, als de huisarts zelf geen goede diagnose kan stellen of niet beschikt over de juiste kennis en kunde. Door de expertise van de SO en de AVG beter en eerder beschikbaar te maken wil CZ bereiken dat de zorg voor deze groep mensen verder verbetert en het aantal acute opnames van kwetsbare personen afneemt.

Om dit te bereiken is het belangrijk dat er goede fysieke en digitale samenwerkingsafspraken zijn tussen de SO's en/of de AVG's en de huisarts. Deze samenwerkingsafspraken kunnen per regio en expertisegedebied verschillen. In de ene regio is immers vooral de verwachte zorgvraag van ouderen een probleem. In de andere regio wonen er juist veel mensen met een beperking thuis en is de samenwerking daarvoor van belang.

CZ gelooft dat delen van de gzsp-zorg zich uitstekend lenen voor een digitaal aanbod of een combinatie van persoonlijk contact met digitale zorg (blended care). Daarmee zorg je ervoor dat de huisarts gemakkelijker hulp inroept. En verkleinen we de (reis)afstand voor de verzekerde, in geval hij naar de behandelaar toe moet. Hij kan zijn vragen eventueel ook 's avonds of in het weekend stellen, of op een ander tijdstip dat hem of haar uitkomt. En bovendien verkleint dit de reistijd voor de zorgverleners, en hoeven zij een minder grote praktijkruimte aan te houden.

De opname van gzsp in de Zorgverzekeringswet biedt nog meer kansen. Zo is bijvoorbeeld de mogelijkheid voor een assessment door de SO voor thuiswonende patiënten een kans op het gebied voor het meer naar de eigen omgeving brengen van de geriatrische revalidatiezorg (GRZ). Het is hierbij wel belangrijk dat een deel van de eerste lijn paramedie meer in netwerken wordt georganiseerd. Hierdoor kan op termijn een multidisciplinair eerstelijns paramedisch revalidatieaanbod ontstaan. Wij streven ernaar dergelijke kansen optimaal te benutten.

CZ is zich er bewust van dat er een tekort is aan SO's en AVG's. Wij hebben hier op dit moment geen directe oplossing voor, maar denken in ons kernwerkgebied graag mee in oplossingen om de specialisten vrij te spelen om in de eerste lijn te ondersteunen.

Afbakening

We vinden dat de zorg periodiek – ten minste jaarlijks – moet worden geëvalueerd door de betrokken behandelaren om te bekijken of de zorgvraag nog steeds aansluit bij de behandeling die er gegeven wordt. Zeker op het gebied van chronische zorg zijn goede stopcriteria erg belangrijk.

De zorg die geleverd wordt door een SO is onderdeel van een bredere zorgketen voor ouderenzorg, en de beweging om mensen langer thuis te laten wonen. Ook de zorg zoals de AVG levert is onderdeel van een bredere keten die dient om mensen met een beperking langer zelfstandig thuis te laten wonen. CZ zet met name in op die keten-

samenwerking, waarbij de onderdelen nog wel op de reguliere manier worden gefinancierd, maar waarbij zij elkaar meer opzoeken en samenwerken om optimaal van elkaars kennis en kunde te profiteren. Zie ook: **Visie Ouderenzorg nu en in de toekomst.**

Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria

In dit hoofdstuk gaan wij in op de vereisten waaraan u moet voldoen om voor een overeenkomst met CZ in aanmerking te komen.

Let op

De vereisten zijn niet volledig gelijk aan de eisen die de zorgkantoren of andere verzekeraars hante(e)r(d)en voor contractering. Zo eisen wij bijvoorbeeld dat een aanbieder een rechtspersoon is. Wij vertrouwen erop dat een zorgaanbieder onze eisen bij de contractering in acht neemt.

3.1 Financieel

CZ zal in eerste instantie productieafspraken maken gebaseerd op de bij haar bekende realisatie en afspraken zoals uw zorgkantoor die afgelopen jaar met u heeft gemaakt, mits passend binnen het daarvoor beschikbare budgettaire kader. Daarbij gaan wij uit van een gelijkblijvend volume, en van een CZ-tarief dat niet een vast percentage is van de NZa-tarieven. Het CZ tarief is door ons bepaald op het tarief dat afgelopen jaar door de CZ zorgkantoor werd betaald, plus een indexatie. In het productievoorstel dat wij sturen aan zorgaanbieders zullen wij dit tarief vermelden. Wij contracteren geen max-max-tarief.

Wij vertrouwen erop dat de zorgaanbieder zijn productieafpraak gelijkmatig spreidt over het jaar en deze zelf ook monitort.

Let op

Anders dan bij de zorgkantoren herschikt CZ niet (automatisch). Indien u de gemaakte productieafpraak dreigt te overschrijden dient u dit tijdig kenbaar te maken bij CZ. CZ kent niet altijd extra productieafspraken toe indien een zorgaanbieder niet uit dreigt te komen.

Voor verzekerden die reeds in zorg zijn geldt dat de zorgaanbieder de zorg niet mag beëindigen zolang de behandeling loopt (ook al is er geen extra financiering). Nieuwe patiënten mag de zorgaanbieder terug verwijzen naar de zorgverzekeraar indien hij de zorg niet zelf kan leveren. Dit kan een inhoudelijke reden hebben, maar ook een financiële. Wij zoeken dan samen met de verzekerde een passend alternatief.

Vooralsnog maakt CZ geen onderscheid naar zorgaanbieders of specifieke zorgverleners op basis van de geboden kwaliteit of prestaties, omdat dergelijke informatie ontbreekt. Op de langere termijn streven wij er wel naar zorgaanbieders spiegelinformatie te verschaffen over hun prestaties op dit vlak. Uiteindelijk willen we naar onze verzekerden onderscheid kunnen maken tussen goede en minder goede zorgaanbieders en dit ook bij onze zorginkoop tot uitdrukking laten komen.

3.2 Ruimte voor innovatief aanbod

CZ zal zich in eerste instantie inzetten voor een zachte landing van deze zorg in de Zvw. Tot dit is gerealiseerd zullen wij terughoudend zijn met ruimte voor innovatief zorgaanbod.

3.3 Toegankelijkheid

CZ is van mening dat het belangrijk is dat elke huisarts waar nodig hulp en expertise (collegiale consultatie) kan inschakelen van een SO of AVG. Op deze manier dragen we werkelijk bij aan het tot stand komen van een zorgketen rondom kwetsbare personen, zoals verwoord in de visie in hoofdstuk 2.

Wij streven ernaar om binnen een straal van 25 km of 30 minuten reistijd een aanbod van zowel AVG als SO te contracteren.

Iemands levensbeschouwelijke overtuiging, culturele achtergrond of godsdienstige gezindheid kan van invloed zijn op de manier waarop hij in contact wil staan met zorgverleners of zorg af wil nemen. CZ groep vindt het belangrijk dat de zorgaanbieder daar bij de invulling van de zorgvraag zo veel mogelijk rekening mee houdt. Ons uitgangspunt is echter dat alle gecontracteerde aanbieders in staat zijn verzekerd in het Nederlandse te woord te staan, en geen preferentiebeleid hanteren in hun wachtlijst (mocht die bestaan).

Wij geloven dat juist deze vorm van zorg zich uitstekend leent voor een digitaal aanbod of een combinatie met digitale zorg (zie ook visie). De beleidsregel van de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) biedt ruimte om de zorg digitaal te verlenen. CZ denkt hierin graag mee.

Proces contractering 2020

Bestaande zorgaanbieders

CZ groep maakt bij het sluiten van een overeenkomst een onderscheid tussen bestaande en nieuwe zorgaanbieders. CZ groep ziet een bestaande zorgaanbieder als een zorgaanbieder die in de periode januari t/m juli 2019 (of een deel daarvan) een overeenkomst heeft met een zorgkantoor in het kader van de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling voor de prestaties Behandeling SO (S335) en Behandeling AVG (S336), die gedurende 2019 niet is ontbonden en daarop ook productie heeft geleverd voor CZ verzekerden. Deze zorgaanbieders mogen in 2020 rekenen op een overeenkomst met CZ, mits zij voldoen aan de minimumeisen zoals verwoord in dit inkoopdocument.

Nieuwe zorgaanbieders

Nieuwe zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die in 2019 geen overeenkomst hebben in het kader van de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling, pas na juli 2019 zo'n overeenkomst hebben verkregen en/of geen productie extramurale behandeling hebben geleverd aan CZ-verzekerden. Nieuwe zorgaanbieders dienen te voldoen aan de volgende aanvullende voorwaarden.

- De zorgaanbieder heeft een toegevoegde waarde ten opzichte van de huidige zorgaanbieders door een vernieuwend zorgaanbod en/of een betere prijs-kwaliteitverhouding.
- De zorgaanbieder wil gzsp leveren op een locatie waar een witte vlek is qua zorgaanbod is.

Op de landingspagina gzsp komt een inschrijfformulier en een toelichting die zorgaanbieders kunnen gebruiken om kenbaar te maken dat zij een overeenkomst willen hebben.

CZ zal in eerste instantie terughoudend zijn met ruimte voor innovatief zorgaanbod en de contractering van nieuwe zorgaanbieders, tot de zachte landing van de aanspraak in de Zvw is gerealiseerd.

4.1 Eisen

CZ groep biedt bestaande zorgaanbieders in 2020 een eenjarige overeenkomst aan. CZ groep hanteert het principe high trust, high penalty. Dit betekent dat we, als we gedurende de looptijd van de overeenkomst constateren dat aan een of meer voorwaarden of vereisten niet wordt voldaan, ons het recht voorhouden om maatregelen te treffen, met als ultimatum remedium: ontbinding van de overeenkomst.

Wanneer een zorgaanbieder met CZ een overeenkomst sluit voor 2020 gaan wij ervan uit dat hij voldoet aan de minimumeisen en de kwaliteitseisen en dat de uitsluitingsgronden niet op hem van toepassing zijn.

Minimumeisen

- De zorgaanbieder is een rechtspersoon, of in het geval van een bestaande zorgaanbieder zonder rechtspersoonlijkheid, is uiterlijk 1 juli 2020 een rechtspersoon.
- De zorgaanbieder heeft de Governancecode Zorg ingevoerd.
- De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.
- De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling verslaggeving WTZi¹.
- De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling AO/IC, tenzij dit op grond van wet- en regelgeving niet langer is vereist.
- De zorgaanbieder verleent zorg op basis van medische en verpleegkundige standaarden en best practices (handelt volgens binnen de beroepsgroep gehanteerde richtlijnen en protocollen zoals de NHG standaarden).
- De zorgaanbieder maakt afspraken (in ieder geval met de huisarts) over de overdracht van medische gegevens (medisch beleid).

¹ De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) wordt naar verwachting (deels) vervangen door de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza). Als de WTZa in werking is getreden dient u te voldoen aan de dan geldende voorwaarden.

- De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit. Hij borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is en dat gepaard gaat met een onafhankelijke toetsing (extern audit).
- De zorgaanbieder beschikt over een gedegen bedrijfsadministratie, waardoor hij de gegevens die de zorgverzekeraar nodig heeft tijdig kan verstrekken.
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegd privacybeleid.
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegde klachtenregeling conform de vereisten uit de Wkkgz.
- De zorgaanbieder handelt volgens de relevante wet- en regelgeving, waaronder de Wkkgz.

Uitsluitingsgronden

Niet in aanmerking voor een overeenkomst 2020 met CZ groep komt de zorgaanbieder:

- die in staat van faillissement of van liquidatie verkeert, wiens werkzaamheden zijn gestaakt, jegens wie een surseance van betaling of een akkoord geldt of die in een andere vergelijkbare toestand verkeert ingevolge een soortgelijke procedure die voorkomt in de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;
- wiens faillissement of liquidatie is aangevraagd of tegen wie een procedure aanhangig is gemaakt van surseance van betaling of akkoord, of een andere soortgelijke procedure die voorkomt in van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;
- die niet aan zijn verplichtingen heeft voldaan ten aanzien van de betaling van zijn belastingen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar hij is gevestigd of van Nederland;
- die zich schuldig heeft gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de inlichtingen die voor de overeenkomst (kunnen) worden verlangd, of de voor de overeenkomst relevante inlichtingen niet heeft verstrekt;
- waarbij een integriteitsonderzoek beletselen oplevert.

4.2 Proces

4.2.1 Productievoorstel

Bestaande aanbieders ontvangen een productievoorstel van CZ. Dit voorstel is gebaseerd op de bij ons bekende realisatie in 2018. In beginsel gaan we uit van een minimumvoorstel van € 10.000,-. Dit betekent dat indien de realisatie onder dit bedrag ligt, de zorgaanbieder toch een voorstel krijgt van € 10.000,-.

Indien het voorstel niet toereikend is in uw situatie verzoeken wij u om ons de onderliggende informatie toe te sturen waaruit dat blijkt. Let op: er is sprake van inkoop voor eigen verzekerden. CZ koopt zorg in voor verzekerden van de labels CZ, Nationale Nederlanden en Ohra.

4.2.2 Tijdpad

Het contracteerproces bestaat uit de volgende fasen:

- **Fase 1:** Publiceren van het inkoopdocument 2020 (uiterlijk 15 juli 2019).
- **Fase 2:** Voorstel omzetplafond 2020 CZ aan zorgaanbieder (tweede helft augustus 2019).
- **Fase 3:** Contracteerproces (19 augustus tot en met oktober 2019), met ondertekend contract uiterlijk 25 oktober 2019 retour ontvangen door CZ. Publicatie voor verzekerden van gecontracteerde- en niet gecontracteerde zorgaanbieders uiterlijk op 19 november 2019, via Zorgvinder.

4.3 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod

Uiterlijk 19 november 2019 presenteert CZ groep de gecontracteerde zorgaanbieders voor 2020. Op www.cz.nl/zorgvinder is per specialisme en zorgsoort een lijst met zorgaanbieders te zien met daarbij de NAW-gegevens van de zorgaanbieder.

4.4 Bereikbaarheid

Via onze website informeren wij u steeds over de laatste stand van zaken.

- Voor vragen over contractering, monitoring en inschrijving kunt u mailen naar: rz.gzsp@cz.nl.
- Voor vragen over declaraties kunt u mailen naar: decl.gzsp@cz.nl.
- Voor overige vragen over het zorginkoopbeleid en relatiebeheer van CZ groep kunt u mailen naar: gzsp@cz.nl.
- Voor zorginhoudelijke vragen op verzekerdeniveau kunt u mailen naar: zorgteam@cz.nl.

Wij streven ernaar om uw vragen binnen 5 werkdagen te beantwoorden.

4.5 Controle van declaraties

Declaraties moeten voldoen aan de eisen vanuit de Zvw, andere relevante wet- en regelgeving en aan de contractafspraken tussen CZ groep en de zorgaanbieder. Wij controleren de declaraties vanuit onze maatschappelijke verantwoordelijkheid aan de hand van de landelijke wet- en regelgeving, maar ook aan de hand van de regelgeving en standpunten van onder meer de NZa, Zorginstituut Nederland en Zorgverzekeraars Nederland. Deze controles voeren wij uit met inachtneming van de privacyregels. Om dit te waarborgen, voldoen we bij materiële controles aan het Protocol materiële controle. Tijdens het declaratieproces controleren we zo veel mogelijk direct. Als controle vooraf of tijdens het declaratieproces niet mogelijk is, controleren we achteraf. Gedurende het jaar kunnen nog wijzigingen en/of toevoegingen worden aangebracht. We informeren de zorgaanbieder schriftelijk over onze controles. Het controleprotocol publiceren we elk jaar op onze website.



Zorg die verder gaat